

Année 1959

THÈSE

585

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

DAVEZAC Jean-François
né le 10 Juillet 1927 à PARIS (Seine)
Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES LYMPHO-RETICULO-SARCOMES PRIMITIFS DE L'ESTOMAC
A PROPOS DE TROIS CAS
Considérations sur l'évolution, le pronostic, le traitement

Président : M. Ch. DEBRAY, Professeur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550417_0026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : DAVEZAC

Prénom : Jean-François

Date de soutenance

N°

1

DAVEZAC Jean-François
Contribution à l'étude des
Lympho-Réticulo-Sarcomes
Primitifs de l'Estomac à
propos de trois cas.
Considérations sur l'évolu-
tion, le pronostic, le
traitement.
Paris Dact. In 4°68 p.7pl.h.t.
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959

2

DAVEZAC Jean-François
Contribution à l'étude des
Lympho-Réticulo-Sarcomes
Primitifs de l'Estomac à
propos de trois cas
Considérations sur l'évolu-
tion, le pronostic, le
traitement.
Paris Dact. In 4°68 p.7pl.h.t.
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959

3

DAVEZAC Jean-François
Contribution à l'étude des
Lympho-Réticulo-Sarcomes
Primitifs de l'Estomac à
propos de trois cas.
Considérations sur l'évolu-
tion, le pronostic, le
traitement.
Paris Dact. In 4°68 p.7pl.h.t.
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959

4

DAVEZAC Jean-François
Contributions à l'étude des
Lympho-Réticulo-Sarcomes
Primitifs de l'Estomac à
propos de trois cas.
Considérations sur l'évolu-
tion, le pronostic, le
traitement.
Paris Dact. In 4°68 p.7pl.h.t.
Thèse Méd. Paris 1959
N°
Ed. A.G.E.M.P. 1959

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1959

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

DAVEZAC Jean-François
né le 10 Juillet 1927 à PARIS (Seine)
Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DES LYMPHO-RETICULO-SARCOMES PRIMITIFS DE L'ESTOMAC
A PROPOS DE TROIS CAS
Considérations sur l'évolution, le pronostic, le traitement



Président : M. Ch. DEBRAY, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P — 8, RUE DANTE - PARIS-V

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

15-1-59

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lhermitte (J.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Mulon (P.), Olivier (E.), Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.), Velter (E.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSEESSEUR. Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
Anatomie (Chaire à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale	JAYLE (M. F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales	QUÉNU (J.)
Beaujon	MÉNÉGAUX (G.)
Cochin	GOSSET (J.)
Hôtel-Dieu	MOULONGUET (P.)
Saint-Antoine	FÈVRE (M.)
Salpêtrière	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DECOURT (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	LAMY (M.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique génétique médicale (Enfants-Malades)	DEGOS (R.)
Clinique gynécologique (Broca)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	DELAY (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales	SOULIÉ (P.)
Broussais	DREYFUS (G.)
Cochin	KOURILSKY (R.)
Hôtel-Dieu	DEBRAY (C.)
Lariboisière	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Pitié	DEROT (M.)
St-Antoine	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	LACOMME (M.)
Clinique médicale propédeutique	N . . .
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel-Dieu)	VARANGOT (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	RENARD (G.)
	AUBRY (M.)
Cliniques obstétricales	MARIE (J.)
Baudelocque	BERNARD (E.)
Port-Royal	MICHAUX (L.)
Tarnier	LELONG (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	COSTE (F.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	DECHAUME (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	LEMAIRE (A.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	FEY (B.)
Clinique de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	DJOURNO (A.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	GIROUD (A.)
Clinique stomatologique (Pitié)	N . . .
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	VERNE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	DEPARIS (M.)
Clinique urologique (Cochin)	
Electrophysiologie médicale (chaire à titre personnel)	
Embryologie	
Histoire de la médecine et de la chirurgie	
Histologie	
Hygiène des collectivités (chaire à titre personnel)	

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIÉDELIEVRE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LENÈGRE (J.)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (chaire à titre personnel)	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie et thérapeutique générales	GARCIN (R.)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.)
Physiologie (chaire à titre personnel)	BARGETON (D.)
Physique médicale	DOGNON (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale	PATEL (J.)
Thérapeutique	BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	{ CABROL (C.) COUINAUD (C.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (M ^{me} P.) pr. s. ch.	Orthopédie	{ JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	{ BUSSET (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Parasitologie	{ BRUMPT (L.C.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Bactériologie	{ NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)		{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) GAUCHOIX (J.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Ci.) FAUREL (J.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOSKI (J.), m. conf. SCHAPIRA (G.), m. conf.	Pathologie chirurgicale	{ FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. per. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.), m. conf.		
Carcinologie	{ DENOIX (P.) MATHE (G.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Dermato-Syphiligraphie	DUPERRAT (B.)		
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)	Pathologie expérimentale	{ CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) PLAS (F.) RICHEL (G.)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)		
Hématologie	{ BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)		{ AUSSANNAIRE (M) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (O.) LESOBRE (R.) MACREZ (G.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Histologie	{ COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	CORNET (A.)		
Hygiène	{ BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (M ^{me} L.)		
Maladies infectieuses	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.)		
Médecine légale	{ DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUÉ (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.)		
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)		
Neuro-chirurgie	DAVID (M.)		
Neurologie	{ LHERMITTE (F.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)		
Obstétrique	{ BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)		
Ophthalmologie			

	MM.
Pédiatrie-Puériculture . . .	JOSEPH (R.)
	MANDE (R.)
	MOZZICONACCI (P.)
	POLONOVSKI (G.)
Pharmacologie	ROSSIER (A.)
	LEVY (Mlle J.), pr. s. ch.
	BOISSIER (J.)
	LECHAT (P.)
Physiologie	PARROT (J.), pr. s. ch.
	DEJOURS (P.)
Physique médicale	GOUGEROT (L.), m. conf.

	MM.
Pneumo phthisiologie . . .	KREIS (B.)
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile . . .	DUCHÉ (D.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNÉA (P.)
	CHAPUT (Mlle A.), m. c. agr.
	GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
	LAMOTTE (M.)
Urologie	QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale . . .	ABOULKER (P.)
	AMELINE (A.)
	HUGUIER (J.)
	LÉGER (L.)
	OLIVIER (G.)
	PADOVANI (P.)
	POILLEUX (F.)
	ROUX (M.)
Clinique médicale	VERNE (J.-M.)
	HAGDENEAU (J.), pr. s. ch.
	BOUDIN (G.)
	CONTE (M.)
	DOMART (A.)
	MILLIEZ (P.)
	PERRAULT (M.)
	RAMBERT (P.)
	THIEFFRY (S.)
	TURIAF (J.)

	MM.
Clinique neuro-rhumatologique SÈZE (S. de)	
Clinique obstétricale . . .	GRASSET (J.)
	LEPAGE (F.)
	MAYER (M.)
	MERGER (R.)
	RAVINA (J.)
Clinique ophtalmologique .	DESVIGNES (P.)
	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
Clinique urologique . . .	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté . . .	M. LENA (J.)
Secrétaires	M ^{me} BEURLAND (H.), M ^{lle} CHAINTREUIL (G.), M ^{lle} HURÉ (A.)

Conservateur, chargé de la direction de la Bibliothèque . . .	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	M ^{lles} DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires	M ^{me} CONTET (J.), M ^{lles} LAURENT (H.),
	LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Jean François DAVEZAC

Externe des Hôpitaux de PARIS

-----O-----

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES
LYMPHO-RETICULO-SARCOMES PRIMITIFS DE L' ESTOMAC
A PROPOS DE TROIS CAS

Considérations sur l'évolution, le pronostic, le traitement.

A Monsieur le Professeur Charles DEBRAY
qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

A Monsieur le Docteur Guy ALBOT

Médecin des Hôpitaux

qui m'a confié le sujet de cette thèse,
m'a conseillé, et m'a guidé au cours de
sa rédaction.

A Monsieur le Docteur R. BRUNET

Electro-Radiologiste de l'Hôtel Dieu

A mes Maîtres, dont j'ai été l'externe.

Monsieur le Docteur Michel CONTE
Professeur Agrégé

Monsieur le Docteur Alain MOUCHET
Chirurgien des Hôpitaux

Monsieur le Docteur Marcel MORIN
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur ISRAEL
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Docteur Guy ALBOT

A Madame le Docteur PARTURIER-ALBOT

A Messieurs les Docteurs MARQUAND, CAMEY, RISTELHUEBER,
GRAVELEAU, LAFON, BERTHET et TOULET.

A mes conférenciers d'Externat et d'Internat
Les Docteurs LAMARE, CAYLA, CHOFFEL, ARTHUIS
et LAGRUE.

A Monsieur le Docteur André BUSSON.

Le sarcome jouit d'une funeste réputation, et, ceux à qui il a été donné d'assister à l'évolution d'un sarcome ostéogénique, d'un sarcome du sein ou de l'intestin grêle savent bien que cette renommée n'est guère fortuite.

La localisation gastrique du sarcome, en revanche, paraît conférer à ces tumeurs mésenchymateuses un potentiel évolutif nettement moindre, et partant, un pronostic que la plupart des auteurs n'hésitent pas à considérer comme relativement plus favorable que celui du cancer de l'estomac.

Les trois observations de sarcome gastrique faisant l'objet de ce travail, suivies dans le Service de notre Maître le Docteur Guy ALBOT entre les années 1946 et 1958, ne viennent pas contredire cette opinion à peu près générale.

Les deux premières d'entre elles concernent un lymphosarcome primitif diagnostiqué à un stade d'extrême début, alors que la lésion était encore strictement localisée.

La dernière observation a trait à un réticulo-sarcome primitif dont le diagnostic est intervenu alors que la tumeur, encore limitée, était néanmoins plus évoluée que

les deux précédentes.

Toutes trois, malgré les différences de tous ordres qui les opposent se rejoignent en un point : la longue survie des malades dont elles rapportent l'histoire.

Dans deux cas (Observation I et III), le délai fatidique de cinq années à partir de la fin du traitement est largement dépassé et autorise à considérer la guérison comme très probable. Quant à notre troisième malade, (Observation II), elle a franchi le cap de la quatrième année.

-----oOo-----

Depuis les premières statistiques de BALFOUR en 1931, et depuis les deux premiers cas de l'ymphosarcome gastrique au début rapportés en 1937 par GOSSET, GUTHMANN et I. BERTRAND, les publications de cas de lymphosarcome gastrique primitif se sont multipliées, tant la littérature française que dans la littérature étrangère, notamment américaine.

Tour à tour, les auteurs se sont attachés à préciser les caractères étiologiques de cette affection, insistant notamment sur sa rareté relative, à en étudier les manifestations cliniques, évolutives, radiologiques, et endoscopiques. Les incidences respectives du traitement chirurgical et de la radiothérapie sur le pronostic éloigné sont ensuite envisagées. L'étude histologique, enfin, donne lieu à de multiples interprétations, entraînant de regrettables confusions dans le classement nosologique des tumeurs conjonctives malignes de l'estomac.

Il n'est, de fait, pas douteux que le lymphosarcome gastrique pose de délicats problèmes d'appréciation, tout spécialement à la période initiale de son évolution.

Depuis les travaux de GUTMANN, les images radiologiques ne prêtent plus grère à discussion : on connaît leur identité avec celles des épithéliomas au début. Nos deux premiers malades réalisent, à cet égard, des aspects évidents.

De même, sur le plan histologique, l'infiltration de cellules lymphoïdes limitée à la muqueuse se retrouve dans chacune de nos deux observations, signant nettement le lymphosarcome "au début".

La plupart de ces formes au début publiées jusqu'à ce jour ont été confiées au chirurgien, gastrectomisées, et apparamment guéries.

Certains ont cru pouvoir trouver dans ces brillants résultats des raisons de mettre en doute la nature sarcomateuse et la malignité de semblables lésions. S'agit-il de réactions inflammatoires de la paroi gastrique, comme le suggère MOULONGUET, ou encore de réactions d'hyperplasie lymphoïde non tumorale, comme l'estimait CAIN ?

N'est-ce pas, plus simplement, le stade initial d'authentiques lymphosarcomes à cellules rondes, qui, faute d'un traitement convenable évolueraient vers l'issue que l'on devine ?

Le problème est donc posé en termes clairs.

Nous nous proposons de verser au débat notre

seconde observation dont le caractère tout à fait exceptionnel éclaire d'une lumière nouvelle l'évolution du lymphosarcome primitif de l'estomac, et nous paraît devoir mettre un terme à une discussion désormais sans objet.

En effet, chez une même malade; il nous a été donné d'observer tour à tour :

- 1°) - une image radiologique de lésion maligne de l'estomac au début, qu'un examen histologique datant de la même époque rapporte à un lymphosarcome au début, en tous points comparable aux aspects jusqu'alors publiés.
- 2°) - en l'absence de tout traitement, l'évolution très lentement progressive vers une forme tumorale évidente cliniquement, caractéristique de la période de pleine évolution.
- 3°) - la régression, enfin, de cette tumeur sous l'action de la radiothérapie, témoignant ainsi d'une radiosensibilité hautement significative.

OBSERVATION N° I.

Cette observation a déjà fait l'objet d'une publication très succincte dans les Archives des Maladies de l'Appareil Digestif en 1951, alors qu'il était encore prématuré d'avancer un jugement sur l'efficacité du traitement institué.

Les aspects radiologiques et histologiques étant assez proches de ceux de la seconde observation, il nous a semblé intéressant de grouper ces deux observations.

o
o o

M. HEL... âgé de 30 ans, au moment de la gastrectomie, avait présenté pendant plusieurs années, et à plusieurs reprises, des crampes épigastriques périodiques d'allure assez nettement ulcéreuse. Au cours de la dernière période douloureuse, l'état général avait décliné de façon inquiétante, et, un amaigrissement rapide et important de dix Kilogs, fait envisager l'hypothèse d'une transformation néoplasique. Hypothèse d'autant plus vraisemblable que le test thérapeutique mis en oeuvre n'entraîne qu'une très partielle amélioration des phénomènes douloureux; fait plus grave, les images radiologiques persistent, immuables, sur les clichés pratiqués au cours de cette période : niche encastrée à fond plat située sur la petite courbure horizontale, avec aspect fonctionnel de l'antré.

On demande alors au Docteur DEBRAY de pratiquer une gastroscopie.

La muqueuse gastrique se révèle rouge dans son ensemble, avec des plis normaux, sans oedème. Dans la région du sphincter de l'antré, quelques ulcération superficielles

sont notées. Les unes sont punctiformes, les autres d'aspect fissuraire, le fond de celles-ci étant masqué par la présence de fausses membranes. Des dépôts muco-salivaires ont gêné l'exploration de la muqueuse qui est néanmoins rouge dans son ensemble, avec de belles contractions, sans aucune rigidité.

Il n'en demeure pas moins que le contexte radioclinique est très évocateur d'un cancer ulcérimorfe au début. Aussi est-ce avec ce diagnostic que l'on confie le malade au chirurgien, le Docteur MARCHAK qui intervient le 1er Août 1950.

Une gastrectomie des deux tiers avec anastomose type Polya, postérieure, trans-mésocolique est faite.

A l'ouverture de la pièce, on ne découvre aucune anomalie particulière de la muqueuse.

En revanche, l'examen histologique révèle l'existence, au niveau de la Petite Courbure horizontale, d'une infiltration diffuse en feutrage de cellules de type lymphoïde : celles-ci présentent de fréquentes anomalies de forme et de mitoses, signant de façon indiscutable la malignité de la lésion. Au niveau de l'infiltration lymphoïde diffuse, on ne distingue plus la structure de la muqueuse : superficiellement ce tissu est plus ou moins nécrobiosé, formant ainsi une érosion à peine déprimée.

Les suites opératoires immédiates sont simples.

Au cours d'une période d'adaptation d'environ deux ans suivant la gastrectomie, quelques troubles digestifs, un discret "dumping syndrom", un amaigrissement notable sont observés. Tout rentre finalement dans l'ordre sous l'influence de la diététique et du traitement médical; les clichés pratiqués à cette époque attestent le bon fonctionnement de la bouche anastomotique, et le moignon gastrique est normal.

Le malade a été revu pour la dernière fois le 10 Décembre 1957, soit plus de sept ans après la gastrectomie: il jouissait alors d'une santé parfaite, avait retrouvé une activité normale; son poids était satisfaisant, il ne souffrait plus d'aucun trouble digestif et ne suivait aucun régime.

Cet homme jeune a donc présenté un lymphosarcome ulcériforme de l'estomac diagnostiqué à la période de début comme l'atteste de façon formelle l'examen histologique, alors que la lésion était encore strictement localisée. Le traitement chirurgical seul paraît avoir définitivement guéri ce malade, le recul de cinq ans étant largement attent.

o
o o

On chercherait en vain, dans cette observation, la nuance clinique ou radiologique qui eût permis d'évoquer

le lymphosarcome, de le différencier de l'épithélioma au début, diagnostic tenu pour probable au moment de l'intervention. On s'accorde habituellement à reconnaître que ces caractères différentiels n'existent pas : de fait, tous les cas de lymphosarcome au début actuellement publiés ont eu un comportement clinique et radiologique voisin de celui que nous venons de rapporter : considérés comme des épithéliomas au début, ils ont été traités comme tels.

Sur le plan radiologique, la similitude est grande entre les images qu'il nous a été donné de voir et celles des observations publiées par GUTMANN, d'une part, et par I. BERTRAND, Cl. OLIVIER et LIBAUDE d'autre part. Les raideurs segmentaires, les niches en plateau et les niches encastrées sont les images les plus couramment rencontrées : on conçoit que leur persistance après un test thérapeutique évoque le diagnostic d'épithélioma au début avant tout autre.

Sans doute, une discrète modification des signes, à deux examens consécutifs, la conservation d'un certain degré de souplesse sont-ils des arguments susceptibles d'être retenus en faveur du diagnostic de lymphosarcome; mais ce sont là des subtilités d'une telle finesse, laissant une telle part à l'appréciation subjective de chaque observateur qu'on ne saurait leur accorder bien grand crédit dans l'élaboration d'un diagnostic aussi précis et, somme

toute, assez rarement en cause.

De même, la gastroscopie ne saurait prétendre à plus de précision, tout au moins à ce stade de l'évolution; aussi l'examen histologique systématique de la pièces resté-t-il, en dernière analyse, le seul garant d'un diagnostic de certitude.

Au point de vue histologique, notre observation s'éloigne un peu de celle d'Ivan BERTRAND, LIBAUBE et OLIVIER, où l'infiltration n'était pas strictement localisée, mais s'étendait à la muscularis mucosae, et à une partie de la sous-muqueuse. Par contre, elle s'identifie à peu près complètement aux cas rapportés par GUTMANN et I. BERTRAND, dont l'infiltration lymphoïde n'intéressait strictement que la muqueuse. On a vu plus haut que CAIN tirait argument de cette absence d'extension en profondeur pour nier la nature maligne de semblables lésions. En fait, l'importance des signes cytologiques de malignité et la régression presque totale de la muqueuse ne permettent pas d'admettre une semblable interprétation des faits.

Si la nature maligne ne saurait être discutée, la place nosologique de cette forme du lymphosarcome soulève toutefois quelques problèmes. En effet, les signes cliniques, assez évocateurs d'un ulcère, et l'existence d'une ulcération sur la préparation histologique pourraient amener à discuter la transformation sarcomateuse d'un ulcère gastrique. En fait,

l'ulcération, très superficielle, paraît d'être due à une nécrose de la partie adjacente de l'infiltration lymphoïde; en outre, on ne relève pas d'images d'ulcère chronique. Cette lésion semble, par conséquent devoir entrer dans le cadre des lymphoblastoses érosives de l'estomac.

OBSERVATION N° 2

Des circonstances assez exceptionnelles nous ont permis de suivre l'évolution d'un lymphosarcome de l'estomac dans des conditions véritablement expérimentales qui confèrent à cette seconde observation un intérêt remarquable.

o
o o

Mme GAL... était âgée de 46 ans, lorsque se manifestent les troubles digestifs qui devaient entraîner le premier examen radiologique de l'estomac.

Ces troubles empruntaient le masque d'une dyspepsie banale : pesanteurs épigastriques post-prandiales s'accompagnant de sensations de ballonnement et de digestions laborieuses. Un fléchissement récent de l'état général marqué par un amaigrissement de quelques kilos représentait la seule note inquiétante de ce tableau par ailleurs bien commun.

Les clichés radiologiques mettent en évidence un effilement tubulaire de l'antra prépylorique : une raideur

localisée de la petite courbure horizontale lui confère un aspect encastré, cependant qu'une petite niche sous-angulaire s'inscrit nettement sur plusieurs films.

On institue un traitement d'épreuve, à l'issue duquel un contrôle radiologique retrouve des images sensiblement identiques aux précédentes : seule la niche n'est pas retrouvée.

Tirant les conclusions de l'échec du test thérapeutique, on conseille l'intervention à la malade qui est confiée au Docteur DUBOST au mois de Février 1950, avec le diagnostic de cancer antral.

Ne découvrant pas de tumeur palpable à l'intervention, le chirurgien pratique une gastrotomie qui, sans déceler de lésion appréciable attire l'attention sur une zone très localisée de l'antrum, dont la muqueuse est d'un aspect particulier, épaissie, fibreuse et grenue. Un fragment de cette zone est prélevé aux fins d'examen anatomo-pathologique, et l'estomac est laissé en place.

L'examen histologique montre une infiltration massive de la muqueuse par une nappe de cellules de type lymphoïde, s'accompagnant des tests cytologiques d'une malignité évidente. L'ensemble de la lésion reste localisé à la muqueuse. Le diagnostic de lymphosarcome gastrique au début s'impose donc manifestement.

La gastrectomie paraît la seule attitude thérapeutique valable, mais la malade refuse de s'y soumettre, et va disparaître pendant quatre années consécutives, abandonnée à elle-même et sans traitement.

On apprendra, le 12 Décembre 1954, lorsque Mme GAL... viendra spontanément consulter, la progressive aggravation des troubles digestifs au cours de cette longue retraite. Des douleurs de l'hypochondre gauche on fait leur apparition, irradiant vers la région sous-mammaire gauche; l'état général d'écluse lentement, l'anorexie est marquée; l'asthénie s'accompagne d'un amaigrissement certain mais non évalué.

Aussi n'est-on guère surpris de palper, au cours de l'examen, dans la moitié gauche du creux épigastrique, une masse tumorale aux limites imprécises, de consistance ferme, sans être d'une dureté ligneuse. On ne retrouve pas de splénomégalie, et les différentes aires ganglionnaires se révèlent indemnes de toute adénopathie superficielle.

Les radiographies montrent une atrophie néoplasique étendue de l'antrum : la petite courbure est raide dans l'ensemble; à sa partie moyenne existe une image lacunaire dont la base d'implantation s'étend sur 5 ou 6 centimètres. Cette masse déborde dans la cavité gastrique et atteint, en haut, la région du cardia : l'estomac paraît donc globalement envahi.

Une gastroscopie, puis l'intervention chirurgicale sont successivement refusées par la malade.

Connaissant la nature histologique de la tumeur, on se résigne à faire appel au traitement radiothérapique, accepté sans réticences. Celui-ci est appliqué sous la direction du Dr BRUNET, Chef du Service de Radiothérapie de l'HOTEL-DIEU.

Du 27 Janvier au 28 Février 1955, le champ abdominal gauche (24 cm x 12 cm) reçoit 3.000 r. au cours de 15 séances de 200 r. chacune.

Le traitement est parfaitement toléré, et, l'on assiste à une notable régression des images radiologiques.

Du 25 Mars au 29 Avril, les champs lombaires, droit, puis gauche, sont successivement irradiés; chacun d'eux reçoit 3.000 r. par séance de 200 r.

On atteint la dose d'érythème cutané tant au niveau du champ abdominal que des champs lombaires.

Au terme du traitement radiothérapique, le syndrome clinique est nettement amélioré, l'état général satisfaisant et l'hémogramme normal. La tumeur épigastrique a disparu. Parallèlement, les signes radiologiques tendent à régresser : l'image lacunaire diminue dans une très large mesure, sans toutefois, disparaître intégralement: la rigidité de la petite courbure persiste inchangée, à peu de chose près.

On conseille, à nouveau, une intervention chirurgicale complémentaire, mais sans succès.

On se borne donc à instituer une surveillance régulière qui se poursuivra au cours des mois suivants.

Quelques douleurs épigastriques assez mal caractérisées persistent, qu'accompagnent des troubles dyspeptiques vagues; toutefois, ces troubles sont nettement moins accusés qu'avant les irradiations.

Les radiographies montrent une rétraction accentuée de la petite courbure toujours raide : une niche est très nettement visible dans sa portion verticale. En présence de ces images, il est très malaisé de faire la part de ce qui revient au lymphosarcome, à la cicatrice de la lésion ou aux importants remaniements développés tout au cours du traitement.

En 1957, surmontant son appréhension, la malade consent à se faire opérer par le Docteur J.L. LORTAT-JACOB qui intervient le 10 Mai 1957.

Il trouve de très nombreuses adhérences épiploïques, de même que des adhérences fixant l'estomac au foie. Une exploration externe de l'estomac, absolument complète, ne laissant aucune partie dans l'ombre se révèle strictement négative. Néanmoins, on refait une nouvelle gastrotomie longitudinale le long de la grande courbure qui permet, par des écarteurs d'une part, et une valve éclairante d'autre part, de faire une excellente exploration endo-gastrique qui ne montre,

là encore, aucune lésion, aucun signe de gastrite; toutes les zones sont vues, y compris le cardia, et vraiment on ne peut absolument pas conclure à une atteinte lymphosarcomateuse de l'estomac. La nouvelle gastrotomie croise l'ancienne, et à ce niveau il y a un petit épaississement qui est prélevé pour examen histologique, et qui ne paraît être qu'un épaississement autour des fils datant de la précédente intervention.

Et, de fait, l'examen attentif de la lame ne relève pas de signes de récurrence; le compte rendu fait seulement état d'un remaniement important de la paroi gastrique en rapport avec un processus cicatriciel.

Quatre ans après la fin du traitement radiothérapique, et neuf ans après que le diagnostic ait été formellement établi, la malade offrait toutes les apparences extérieures d'une santé parfaite : elle a été revue pour la dernière fois le 10 Avril 1959.

Ainsi, ce lymphosarcome de l'estomac a-t-il été diagnostiqué précocement, à un stade purement muqueux, comme l'atteste l'examen microscopique. Abandonné à lui-même, il va évoluer sur le mode subaigu, en quatre années vers la constitution d'une masse tumorale cliniquement évidente qui fondra de façon spectaculaire sous l'action bénéfique de la radiothérapie profonde, au point d'entraîner une stabilisation complète de l'évolution trois ans après la suspension des irradiations.

Cette observation nous paraît mériter quelques commentaires.

Ici encore, il semble superflu de souligner la similitude des signes cliniques et radiologiques de la période de début avec ceux d'un épithélioma de même âge et de même localisation ; seul l'examen histologique est susceptible d'étiqueter de façon certaine la lésion.

Notons, à ce propos, l'étroite ressemblance des compte-rendus histologiques des deux observations décrivant dans les deux cas la même infiltration localisée de cellules lymphoïdes malignes.

C'est d'ailleurs qu'il convient de rechercher l'originalité du cas rapporté.

Jusqu'alors, le diagnostic de lésion maligne vraisemblable de l'estomac étant posé, la gastrectomie venait suspendre le cours de la maladie. La guérison définitive était obtenue, mais le diagnostic reposait entièrement sur l'appréciation de l'histologiste.

De même, que certains avaient cru pouvoir mettre en doute la malignité, cependant réelle, des premiers cancers de l'estomac au début opérés, de même, a-t-on contesté plus tard la réalité des lymphosarcomes gastriques dépistés et traités précocement.

Le hasard a permis de saisir à son début un tel lymphosarcome, d'en recueillir la preuve histologique, et, le traitement approprié n'ayant pu être mis en oeuvre, d'en suivre, au fil des mois, l'évolution aisément prévisible. Le fil conducteur est donc trouvé, qui conduit des formes très précoces du lymphosarcome, tant discutées, aux formes classiques habituelles qu'il ne viendrait à l'esprit de personne de mettre en doute. Or, ce trait d'union manquait jusqu'à maintenant; ce que le raisonnement laissait prévoir comme très vraisemblable devient évident à la lumière des faits.

Qui pourrait sérieusement prétendre, en effet, que l'infiltration lymphoïde initiale et la tumeur épigastrique palpable des années suivantes ne sont pas deux aspects évolutifs différents d'un seul et même lymphosarcome aussi intrinsèquement malin en 1950 qu'il l'était en 1955 ?

Tout plaide en faveur d'une telle compréhension des faits, à commencer par le simple bon sens : la lenteur de l'évolution, les images radiologiques, la tumeur radiosensible, sans parler du caractère formel de l'histologie, tout concourt au même diagnostic. Nous invoquerons enfin, à titre d'argument complémentaire, les ressemblances assez frappantes, radiologiques et évolutives relevées entre certains traits de notre observation et celle que publiait en 1949 J. MORICHEAU-BEAUCHANT dans les Archives des Maladies du l'Appareil Digestif. On y retrouve les mêmes images radiologiques, et surtout, la même radiosensibilité.

Ainsi, pensons-nous avoir apporté la première preuve irréfutable de l'identité des aspects initiaux du lymphosarcome gastrique et des formes tumorales tératologiques, stades évolutifs différents d'une seule et même tumeur mésenchymateuse maligne de l'estomac.

L'histoire de notre malade paraît enfin justifier l'opinion de ceux qui considèrent les lymphosarcomes gastriques comme des tumeurs éminemment sensibles, à l'action de la radiothérapie : certains ont, du reste, voulu mettre à profit cette radiosensibilité, en l'utilisant à titre de test thérapeutique spécifique de ce type de tumeurs, en l'absence de preuves anatomo pathologiques.

Dans le cas particulier de notre observation, nous considérons comme un argument de poids, à l'appui du diagnostic, la fonte rapide de la tumeur sous l'effet des irradiations.

De tels faits ne doivent peut être leur caractère surprenant qu'à la relative rareté du lymphosarcome : il nous paraît néanmoins assez significatif que dix ans après la fin d'un unique traitement radiothérapeutique, la malade de MORICHEAU-BEAUCHANT soit, tout comme la nôtre, en parfaite santé, après avoir par surcroît, mené à terme sans incident une grossesse normale.

OBSERVATION N° 3

Notre troisième et dernière observation se distingue des deux précédentes par la nature histologique de la tumeur en cause : un réticulosarcome primitif de l'estomac. Si les circonstances du diagnostic et de l'évolution sont d'un caractère moins spectaculaire que dans le cas précédent, le brillant résultat du traitement chirurgical nous a incité à rapporter l'histoire de cette dernière malade.

o
o o

Lorsque Mme LES... 68 ans, se présente à la consultation pour la première fois le 18 Mars 1952, les troubles qui l'inquiètent évoluent depuis deux mois à peine. Ce sont des brûlures épigastriques apparues brusquement du jour au lendemain. Elles sont d'une intensité et d'une ténacité notables. Leur horaire prandial est assez précis puisqu'elles débutent chaque jour trois ou quatre heures après les repas. Depuis leur première apparition, elles se manifestent quotidiennement, sans accalmies. Rien ne les soulage, et elles se révèlent indifférentes aussi bien aux aliments qu'aux alcalins.

Leur siège est directement épigastrique, mais elles irradiant en arrière vers le rachis, suivant un trajet transfixiant.

A peu près isolée, cette douleur ne s'accompagne ni de vomissements, ni de melaena macroscopique : seul un état nauséux persiste depuis l'apparition des douleurs.

L'interrogatoire relève enfin un amaigrissement récent et massif, malheureusement non évalué.

L'examen clinique est à peu près négatif et la palpation abdominale ne relève aucun signe anormal.

On note, à cette période, 4.500.000 hématies avec une leucopénie à 2.400 dont 78 % de polynucléaires.

Les radiographies de l'estomac sont, d'emblée, explicites : en effet les clichés après compression font apparaître de façon évidente, une niche en cocarde aux dimensions importantes, inscrite dans une image lacunaire siégeant sur l'une des faces de la région antrale. Il existe, en outre, un diverticule de l'angle duodéno-jéjunal visible sur quelques clichés seulement.

Une gastroscopie précise les aspects de la tumeur : on note sur la face postérieure de l'antra, immédiatement au-dessous de l'angle, un bourrelet très saillant et rouge surplombant une ulcération : celle-ci paraît profonde, mais seule sa partie supérieure est accessible à la vue.

Le pourtour de la lésion semble raide. Ailleurs, l'estomac est oedématié : toutefois, sur la face antérieure de l'antré, une muqueuse anémiée, brillante et pâle traduit une gastrite atrophique très accentuée.

Ainsi, les investigations radiologiques, et endoscopiques se superposent-elles assez exactement, et permettent de décrire une lésion ulcérée de la face postérieure de l'estomac, débutant immédiatement au-dessous de l'angle, et occupant la partie inférieure de l'antré.

Le diagnostic de cancer de l'estomac ne semble pas douteux, et la malade sera opérée le 25 Avril 1952 par le Docteur HOUDARD.

Le chirurgien palpe une lésion qui, tant par son aspect que par sa consistance évoque un ulcère bénin; cette impression est encore renforcée par l'absence d'extension ganglionnaire visible : l'estomac et le duodénum sont libres. Le foie paraît normal.

Une gastrectomie des deux tiers, type FINSTERER, est donc réalisée sans l'ombre de difficultés.

A l'ouverture de la pièce, on découvre un aspect lésionnel que laissait aisément prévoir la gastroscopie.

L'examen anatomo-pathologique devait, en revanche, réserver une surprise. L'ulcération est comblée par une prolifération cellulaire qui gagne la sous-muqueuse et atteint

la couche musculaire la plus interne. Cette infiltration est faite de larges cellules à noyaux clairs et réguliers pour la plupart, possédant des limites protoplasmiques indistinctes et végétant sans ordre. La limite de cette prolifération est relativement régulière, et, en plusieurs endroits, on voit une différenciation en fibres musculaires et en fibres conjonctives. Les mitoses sont rares.

Le diagnostic est celui de sarcome de type réticulaire, en voie de différenciation.

Les suites immédiates sont banales; au cours des mois suivants, la malade maigrit de sept kilogs, mais les douleurs épigastriques disparaissent totalement.

A deux reprises, au cours de l'année 1952, des séries de radiographies gastriques sont demandées : leur interprétation ne donne lieu à aucune constatation inquiétante: la bouche anastomotique est d'aspect normal, et son fonctionnement satisfaisant.

Une surveillance régulière est instituée : le poids se stabilise au cours de l'année 1953, pour fléchir temporairement et sans raison évidente en 1957. Aucun signe de récurrence n'est dépisté malgré une enquête clinique et paraclinique approfondie.

Le dernier examen remonte au 16 Décembre 1958 : les seuls troubles alors notés, au demeurant mineurs, sont

imputables à la colite spasmodique dont la malade s'accomode tant bien que mal depuis trente ans.

Il semble donc que l'on soit en droit d'estimer la guérison définitive, sans pour autant faire preuve d'un optimisme inconsidéré.

On notera le temps, relativement court, deux mois seulement, écoulé entre le début des manifestations cliniques de la maladie et la première consultation. Dès cette époque, néanmoins, la lésion intéresse déjà une portion très importante de l'antra, et l'infiltration de cellules malignes envahit la sous-muqueuse et atteint la musculouse.

On ignore évidemment tout de l'étendue probable de la tumeur lors du début clinique, et, toute spéculation à cet égard reste dans le domaine des hypothèses invérifiables. Le réticulosarcome paraît cependant avoir témoigné, dans le cas particulier, d'un potentiel évolutif singulièrement accusé.

Le fait n'a, du reste, rien d'exceptionnel, et des évolutions comparables seront retrouvées parmi les observations de MINICONI, de RAUBER, en France, et dans celles de CULVER, de BERGER, et de MAC SWAIN entre autres, aux Etats-Unis.

Le remarquable résultat du seul traitement

chirurgical nous parait être, enfin, sur le plan pratique,
le trait le plus saillant de cette observation.

-----oOo-----

La fréquence des lymphosarcomes et des réticulo-sarcomes primitifs de l'estomac est d'appréciation délicate. Les auteurs français fixent aux alentours de 2 % ou de 3 % le taux des tumeurs conjonctives au sein des tumeurs malignes primitives de l'estomac : cette estimation ne s'éloigne guère de celle des auteurs américains qui se rallient pour la plupart au chiffre de 3 %, les extrêmes variant entre 0,84 % (RABINOVITCH) et 4 % (MARSHALL).

Une opinion assez générale tend à considérer que 60 % des sarcomes de l'estomac sont des lymphosarcomes : colligeant 500 observations de sarcomes de l'estomac publiées dans la littérature mondiale, PAIMER assigne au lymphosarcome et au réticulosarcome les proportions respectives de 42 % et de 8,8 % des tumeurs mésenchymateuses malignes de cet organe. Deux remarques s'imposent néanmoins : tous les cas retenus dans cette imposante statistique ne sont pas, à proprement parler des sarcomes, les localisations gastriques de la lymphogranulomatose maligne d'HODGKIN y représentant 9 % des cas; il semble bien, d'autre part, que tous les lymphosarcomes dont il est fait état ne soient pas primitifs.

PHILIPS considère, enfin, que 6,5 % des tumeurs

malignes de l'estomac chez les sujets de moins de trente ans sont des sarcomes; on n'ignore pas, en effet, que l'âge moyen des malades atteints de sarcome gastrique est inférieur à celui des malades atteints de cancer de l'estomac.



Sur le plan clinique, l'unanimité est réalisée pour admettre que les sarcomes gastriques sont privés de toute expression clinique spécifique. Du moins faut-il reconnaître que les manifestations cliniques révélatrices quelles qu'elles soient : douleurs épigastriques, vomissements, hématomèses, tumeur abdominale accessible à la palpation, évoquent suffisamment clairement une affection organique de l'estomac pour imposer de façon systématique l'exploration radiologique de l'organe.

L'évolution peut être très progressive, comme ce fut le cas de la malade de notre seconde observation, parfois d'une lenteur plus accusée encore : PUND rapporte l'histoire d'un homme de 57 ans opéré pour un lymphosarcome : le chirurgien juge la tumeur inopérable et fait une simple gastro-entérostomie. Le malade refuse la radiothérapie proposée : il est cependant en bon état apparent six ans plus tard.



La contribution de l'examen radiologique au diagnostic de sarcome de l'estomac est variable avec l'âge de la tumeur en cause.

Au début, nous l'avons indiqué à propos de nos deux premières observations, rien ne permet d'établir une distinction même minime entre le sarcome et l'épithélioma : tous les cas publiés jusqu'à ce jour ont été, répétons-le, étiquetés cancers au début et opérés.

A un stade plus tardif de la maladie, le problème de l'interprétation des images radiologiques du sarcome de l'estomac se pose en termes bien différentes.

Les images les plus fréquemment enregistrées sont alors des niches, des raideurs d'étendue variable, des images lacunaires solitaires ou multiples d'apparence pseudo-polypoïde ces images pathologiques sont habituellement intriquées entre elles et réalisent un envahissement plus ou moins étendu de l'estomac. Il est bien évident qu'en présence de semblables aspects, l'argument de fréquence fait pencher le diagnostic en faveur du cancer de l'estomac. Ailleurs, ce sont des plis géants monstrueux; et l'on évoque alors le diagnostic de gastrite hypertrophique. Aussi, beaucoup estiment-ils, avec PONTIUS, et WITKOWSKY, avec YARNIS et COLP notamment que le diagnostic de sarcome gastrique échappe aux possibilités de la radiologie et demeure du ressort de l'anatomo-pathologiste, et de lui seul.

D'autres, plus nuancés dans leur jugement, s'efforcent de dégager des images radiologiques les plus communes les traits susceptibles, sinon d'affirmer le diagnostic de tumeur mésenchymateuse maligne, tout au moins d'en évoquer la probabilité. MILANI, MORICHEAU-BEAUCHANT en Europe, CULVER, KLAYMAN et PALMER, DEEB et STILSEN, CRILE et HAZARD, BASSLER et PETERS, RAFSKY, en Amérique, se sont attachés à l'étude de cet important problème. De leurs conclusions, il apparaît clairement que certaines particularités radiologiques doivent amener à considérer le diagnostic de sarcome de l'estomac comme possible sinon probable.

Ainsi :

- l'existence d'images importantes et étendues contrastant avec un état général relativement bien conservé.
- la présence d'images lacunaires multiples, polycycliniques ou isolées les unes des autres par des intervalles de muqueuse radiologiquement normale.
- la constatation de plusieurs ulcérations creusant la surface des zones lacunaires.
- surtout, la conservation, malgré un envahissement notable, de la mobilité et du péristaltisme, en réplétion complète de l'estomac.
- la découverte, enfin de plis hypertrophiés et monstrueux, décrivant un réseau anarchique

lorsqu'ils sont étudiés en couche mince et sous compression dosée.

Aucun de ces signes, il convient de le souligner, ne suppose un diagnostic particulièrement précoce.

o
o o

Mêmes controverses, à propos des mérites ou des défaillances de la gastroscopie.

Certains jugent cette enquête incapable d'apporter au diagnostic une aide valable, tout au moins au début. On serait tenté de se rallier à cet avis, dans la mesure où le compte-rendu de l'examen endoscopique auquel avaient été soumis deux de nos malades s'est avéré inexact. Dans le premier cas, le diagnostic avait été celui de gastrite segmentaire érosive, et dans le second, celui de cancer antral étendu.

Inversement, d'autres prétendent ne pouvoir se passer d'un examen jugé fondamental, qui leur aurait permis d'établir à plus d'une reprise un diagnostic pré-opératoire vérifié par l'examen histologique ultérieur.

Encore doit-on préciser qu'aucun des cas rapportés n'a trait à une forme de début; d'autre part, on peut difficilement admettre que dans ces cas heureux, le mérite du diagnostic appartienne à la seule gastroscopie, et pas à la somme de conclusions de l'ensemble des recherches mises en oeuvre.

Toujours est-il que SCHINDLER et GIERE font un diagnostic exact de lymphosarcome chez un malade dont les radiographies gastriques avaient été jugées normales, un mois plus tôt.

De même, PALMER relève parmi 22 malades examinées en gastroscopie par BASSLER et PETERS, et par RENSHAW, un diagnostic exact dans 36 % des cas. Parmi les images considérées comme spécialement caractéristiques figurent les tumeurs sessiles soulevant une muqueuse normale ou ulcérée superficiellement en un ou plusieurs points : les tumeurs intramurales multiples réparties en plusieurs points sont également très symptomatiques. Par contre, l'hypertrophie des plis, le caractère oédémateux ou hémorragique de la muqueuse sont des signes de peu de valeur.

o
o o

A côté de la radiologie et de l'endoscopie, éléments fondamentaux du diagnostic de toute affection de l'estomac, des techniques plus récentes paraissent s'être acquis des titres certains dans le diagnostic pré-opératoire des sarcomes de l'estomac, des lymphosarcomes, en particulier, semble-t-il. Nous voulons parler du cytodagnostic gastrique et de la gastro-biopsie. KLAYMAN, KIRSNER et PALMER ont posé à quatre reprises un diagnostic pré-opératoire ferme de lymphosarcome après avoir constaté dans le liquide d'aspiration ou à l'examen de la pièce de biopsie, des cellules anormales.

Dans deux cas, la méthode s'est trouvée en défaut, aucune cellule maligne n'ayant été retrouvée alors qu'un lymphosarcome évoluait cependant. Le cyto-diagnostic ne peut livrer de réponse positive que lorsque la tumeur est ulcérée, permettant ainsi aux cellules malignes de se répandre dans la cavité gastrique. Les auteurs pallient à cet écueil en provoquant artificiellement des érosions en surface à l'aide de sondes d'un ballon abrasif.

Chez un malade dont le cyto-diagnostic était négatif, un second examen après utilisation du ballon abrasif a permis de retrouver des cellules caractéristiques d'un lymphosarcome.

o
o o

Le diagnostic précis des lymphosarcomes et des réticulosarcomes de l'estomac relève donc, nous l'avons vu, de la seule compétence de l'examen anatomo-pathologique, dans la très grande majorité des cas. Sans doute, mais cette éventualité est du domaine de l'exception, peut-on concevoir des diagnostics de présomption soulevés avant l'intervention, en raison d'un très grand nombre d'arguments cliniques et paracliniques convergents. Le type histologique de la tumeur, de toute manière, demeure en suspens jusqu'à l'examen de la coupe au microscope.

o
o o

Le traitement des lympho-réticulo-sarcomes primitifs de l'estomac conditionne en partie l'intérêt qui s'attache à l'étude de ces tumeurs rares. Des résultats brillants inscrits à l'actif des deux grandes méthodes thérapeutiques habituellement utilisées, justifiant largement cet intérêt.

Le traitement chirurgical est la plus ancienne de ces méthodes.

Il vise à réséquer la tumeur, à sacrifier ses zones d'extension locale et ganglionnaire. La gastrectomie subtotale élargie représente l'intervention de choix. Toutefois, certaines localisations sur l'estomac, ou l'envahissement massif de l'organe par le processus néoplasique, imposent parfois une gastrectomie totale de nécessité.

Nous ne nous étendrons pas davantage sur ces considérations d'ordre technique. Bornons-nous à préciser que, dans l'ensemble, la tactique chirurgicale à opposer aux sarcomes gastriques s'apparente à celle qui est de règle en matière de cancer.

La radiothérapie profonde représente la seconde méthode thérapeutique fondamentale des sarcomes de l'estomac.

Il paraît indiqué d'utiliser des doses

élevées quitte à modifier les modalités du traitement dès qu'apparaissent des signes d'intolérance aux rayons.

Si la radio-sensibilité des réticulosarcomes est médiocre, bien que supérieure à celle des épithéliomas, les lymphosarcomes, en revanche, témoignent d'une radio-sensibilité tout à fait remarquable. Notre seconde observation en apporte une preuve supplémentaire.

Certains auteurs recommandent d'irradier systématiquement, à titre de test thérapeutique, toutes les tumeurs gastriques cliniquement palpables, dont à priori, au-delà des possibilités chirurgicales : la fonte rapide de la tumeur représente à leurs yeux la signature du lymphosarcome.

A côté des deux piliers du traitement que sont la chirurgie et la radiothérapie profonde, il convient de citer deux méthodes complémentaires plus récentes : le phosphore radio-actif et les amines chlorées. KLAYMAN, KIRSNER et PALMER qui les ont utilisées rapportent des résultats non décisifs.

Ils administrent à l'un de leurs malades atteint d'un lymphosarcome de l'estomac diagnostiqué grâce au cyto-diagnostic, 15 millicuries de Phosphore Radio-Actif en sept semaines, et assistent à la disparition des signes cliniques, à la fonte rapide et totale des images radiologiques en endoscopiques. Rémission provisoire, puisque la maladie récidive

huit mois plus tard : nouveau traitement de sept semaines à la dose de 7,5 Millicuries. Le résultat se révèle encore spectaculaire mais de courte durée car la rechute intervient deux mois plus tard; le traitement est alors abandonné au profit de la Radiothérapie.

Une seconde malade est traitée par la moutarde à l'azote, le chirurgien n'ayant pu réséquer la totalité du lymphosarcome. Très tôt, après l'intervention on assiste à une généralisation de la maladie, et des adénopathies envahissent toutes les aires ganglionnaires superficielles; une lame d'ascite apparaît. Le traitement entraîne la disparition rapide de tous ces signes, mais n'empêche pas la malade de mourir trois mois après l'intervention.

PONTIUS et WITKOWSKY se disent très impressionnés par les bons résultats obtenus avec les amines chlorées spécialement en cas de réticulosarcome. Ils reconnaissent toutefois manquer de recul pour porter un jugement valable.

On ne peut tirer argument d'une aussi courte expérimentation pour condamner sans appel la méthode; il semble néanmoins qu'en l'état actuel des choses, la chimiothérapie des sarcomes primitifs de l'estomac ne puisse prétendre qu'au titre de traitement complémentaire d'appoint.

Les indications thérapeutiques ne paraissent pas clairement codifiées; on ne saurait en être surpris quand on songe à la rareté de la maladie, à la rareté de son diagnostic pré-opératoire.

Une très large majorité se dégage cependant en faveur de l'association du traitement chirurgical et de la radiothérapie profonde.

A la lumière de ce que l'on sait du cancer de l'estomac, et dans la mesure où la transposition des tumeurs épithéliales aux tumeurs mésenchymateuses n'est pas abusive, il semble que le traitement strictement chirurgical puisse être suffisant dans certaines circonstances très précises : dans les formes au début, lorsque l'infiltration est localisée et n'a pas effondré la sous-muqueuse, la gastrectomie seule paraît susceptible d'entraîner de façon constante une guérison définitive. Notre première observation, venant après celle de GOSSET, GUTMANN et I. BERTRAND, de I. BERTRAND, Cl. OLIVIER et LIBAUDE, en fait foi.

En revanche, dès que la tumeur paraît tant soit peu étendue, et, à fortiori lorsque le chirurgien découvre une extension locale et ganglionnaire confirmée ultérieurement par l'histologie, il devient impérieux de compléter la gastrectomie par une cure de radiothérapie, ou, éventuellement, suivant le crédit qu'on lui accorde, par la chimiothérapie.

L'observation de MORICHEAU-BEAUCHANT et notre seconde observation nous amènent à soulever ici le problème de la biopsie extemporanée. A la lumière de l'histoire de ces deux malades, il est permis de se demander dans quelle mesure l'irradiation pré-opératoire systématique des lymphosarcomes de l'estomac n'est pas hautement souhaitable, dans la mesure où le diagnostic est étayé de façon certaine par un examen histologique valable.

Ainsi donc, le chirurgien intervenant pour un cancer probable de l'estomac, demanderait une biopsie extemporanée : dans l'éventualité d'un lymphosarcome, il abandonnerait l'intervention projetée, un traitement radiothérapique serait institué, au terme duquel une nouvelle intervention permettrait de réaliser la gastrectomie, dans des conditions plus satisfaisantes, semble-t-il.

Seront, enfin, confiés au seul radiothérapeute après gastrobiopsie ou biopsie extemporanée convaincantes, les malades porteurs de tumeurs extrêmement évoluées, largement palpables, lorsque le chirurgien déclare forfait. On discutera après irradiation convenable de l'opportunité d'une gastrectomie complémentaire, ou de l'association d'un éventuel traitement chimio-thérapeutique. Mais on ne saurait souscrire à l'opinion d'ARCHER qui écrivait, en 1939, il est vrai : "L'irradiation isolée représente habituellement le plus grand espoir pour le plus grand nombre

de malades".

La conception du traitement des sarcomes primitifs de l'estomac telle qu'elle vient d'être exposée cadre assez étroitement avec l'opinion de BURNETT et HEBERT qui, s'efforçant de déterminer les mérites respectifs de la chirurgie et de la radio-thérapie, rapportent 25 observations personnelles concernant 10 Réticulosarcomes et 15 lymphosarcomes; deux localisations gastriques de la Maladie de HODGKIN entrent également dans cette statistique.

Ces 25 malades sont répartis en trois groupes dont il convient de préciser d'emblée qu'ils ne sont pas statistiquement comparables.

Les malades du Groupe I (5 réticulosarcomes et 2 lymphosarcomes) ont tous bénéficié d'un traitement strictement chirurgical. Dans tous les cas, le chirurgien estimait avoir réséqué la totalité des tissus malins. Or, 57 % des malades de ce groupe sont encore en vie après un an, et seulement 42,8 %, après cinq ans.

Le groupe II comporte 4 réticulosarcomes et 11 lymphosarcomes; les deux lymphogranulomatoses malignes appartiennent à ce groupe. Tous les malades ont été opérés, mais les tumeurs sont assez étendues et dans tous les cas, on estime que les tissus envahis n'ont pu être totalement sacrifiés. Un traitement radiothérapeutique complémentaire est donc institué.

Un an après la fin du traitement 82,4 % des malades de ce groupe survivent : après cinq ans, on en dénombrera encore 66,6 %.

Dans le groupe III, enfin, entrent trois malades porteurs d'énormes tumeurs biopsées après laparatomie exploratrice. Tous trois sont soumis à la radiothérapie; aucun d'entre eux ne survit plus de quelques mois. Deux de ces malades étaient atteints d'un lymphosarcome, et le troisième d'un réticulosarcome.

Apprécier les résultats d'ensemble d'un traitement mal codifié appliqué à une maladie relativement rare, est, de toute évidence, bien aléatoire. Aussi, le pronostic d'ensemble des sarcomes gastriques primitifs est-il l'objet de jugements assez contradictoires.

La plupart s'accordent à considérer qu'il est nettement plus favorable que celui du cancer de l'estomac.

Les réticulosarcomes paraissent grevés d'une mortalité qui, sans atteindre celle de l'épithélioma, est nettement plus lourde que celle des lymphosarcomes.

Telle n'est pas l'opinion de PALMER, qui, sur 13 cas de lymphosarcome traités n'obtient pour aucun de ses malades une survie de cinq ans; la durée moyenne de survie s'établit aux alentours de 15 mois; les traitements mis

en oeuvre ont été, suivant les cas, l'exercice chirurgicale, la radiothérapie profonde ou les amines chlorées.

A l'inverse, passant en revue les 508 cas de sarcome de l'estomac rapportés dans la littérature mondiale jusqu'en 1952, SNODDY compte 50 survies après cinq ans; s'échelonnant entre cinq en vingt ans, soit, approximativement 10 % de guérisons.

Le traitement appliqué à ces 50 malades se répartit de la manière suivante :

- 25 malades ont bénéficié seulement d'une résection chirurgicale.
- 14 malades ont seulement été irradiés.
- 11 malades ont reçu à la fois un traitement chirurgical et radiothérapeutique.

Ces chiffres autorisent des espoirs raisonnables; mais le pronostic global des lympho-réticulo-sarcomes de l'estomac ne s'améliorera, tant que restera à découvrir le traitement spécifique de la maladie, que dans la mesure où se multiplieront les diagnostics précoces, condition fondamentale indispensable au succès du traitement.

Vu, le Président de thèse
Professeur Ch. DEBRAY

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur L. BINET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
J. SARRAILH.

B I B L I O G R A P H I E

==::==::==::==::==

d'AGATA (A) - Réticulo-sarcome de l'estomac. Etude histologique d'un cas. Gior. Med. Mil 1945 - 2 - 5II. 5I4.

ALBOT (G), MAGNIER (F), et DENIS (J.P.) - Réticulo-lymphoblastose érosive de l'estomac diagnostiquée au stade muqueux.
Arch. Mal. App. Dig. et Nut. Dec 1951 - 40 - I2 - I340 - I342.

ALLEN (A.W.), DONALDSON (G), SNIGFEN (R.C.), GOODALE (F).
Lymphome malin primaire-gastro-intestinal. Ann. Surg.
Sept 1954 I40 n° 3 428 - 438.

AMBRESI-IMPIOMBATO (G), FABIANI (F), PAULUZZI (S) - Un cas de sarcome gastrique. Policlinico (Sez. Prat.) 9 Sept 1957 - 64 - n° 36 I285 - I29I. (Résumé français).

ARCHER (V.W.) and COOPER (G) - Lymphosarcoma of the stomach. Diagnosis and treatment. Am. J. of Roentgen. 42 - 332 - 340 - 1939.

ARLOTTI (O), TOTTI (A) - Sur un cas de réticulo-sarcome de l'estomac. Minerva Medica. (Turin) 6 - IO - 1950 2 - 49 643 - 648.

BACIGALUPO - LES Lymphosarcomes gastro-intestinaux. Rev. Méd.

Chili. Juin 1949 77 - n° 6 394 - 400.

BALDRATI (F), LATTIOLI (G) Il sarcoma dello stomaco. Min.

Chir. 12 - n° 21 - 5 Nov 1957 - 1335 - 1349.

BARRIER, DELIE. MARCHAVOINE. - Tumeurs lymphoïdes de l'esto-

mac. J. Radiol.-Electrol. 1949. 30 - 3 - 4 - 168 - 170.

BASSIER (A), PETERS (A). - Distinctions entre sarcome et car-

cinome gastrique. J.A.M.A. 16 - 10 - 1948. 138 - 7 -

489 - 494.

BATY (J.A.) - Lymphosarcome de l'estomac. Brit. J. of. Surg

Juillet 1954. 42 - n° 471. 71 - 77.

BAUMEL (J), GUIBERT (H), PEDOUSSAULT (R), CONSTANTIN - Un cas
de reticulo-histiocytome à dégénérescence xantélasmique

de l'estomac. Arch. Mal. App. Dig. et Nut. Juillet-

Août 1949 38 - n° 7 - 8 - 740 - 748.

BERGER (I.R.), GAY (B.B.), WHORTON (C.M.) - Malignant lymphoma

of the stomach. Radiology. 62. n° 4 - Avril 1954.

BECKER (H) - Réticulo-sarcome de l'estomac. Brun's Beitrage

zur Klinische Chirurgie. 1949 - 179 - I - 141 - 153

BERMAN (H) - Lymphosarcoma of the stomach. Med. Rec. New-York.

160 30 - 32. 1947.

BERNARD (Jean) - Lymphosarcomes et lymphosarcomatoses. in
"Les Maladies du Sang" pp. 385-396. Ed. Médicales
Flammarion.

BERTRAND (I), LIBAUDE (H), OLIVIER (Cl) - Lymphoblastoses
gastrique ulcéreuse. Presse Médicale. 23 Mai 1951.
59 - 35 - 728 - 729.

BLANCHI (E), IRIGOYEN (L) - Sur les néoformations conjonc-
tives gastriques. Arch. Mal. App. Dig. 1945. 31 7-9.

BIRCH (C.A.) - Primary sarcoma of the stomach. Brit. Med. J.
2. 393. 1954.

BOCCA (C), MELEY, - BRONDEL - Apropos d'un cas de lympho-
sarcoma gastrique. Arch. Mal. App. Dig. et Nut. 44.
n° 12 1313 - 1316. Déc 1955.

BONNET - FLORENTIN - RAUBER - Angio-réticulosarcome gas-
trique. Rev. de Médecine de Nancy. 1951. pp. 316 -
320.

BURNETT (H.W.), HERBERT (E.A.) The role of irradiation in
the treatment of primary malignant lymphoma of the
stomach. Radiology. 67. n° 5. Nov. 1956 pp. 723 - 728.

BUSCHKE (F), CANTRIL (S.T.) - Secondary lymphosarcoma of the
stomach. Am. J. of Roentgen and Radiotherapy. 49. 4.
1943.

CABOT - Lymphosarcoma of the stomach. New England. J. Méd.
219 - 961 - 963 - 1938.

CABOT - Rethothel sarcoma of the stomach. New England J. Méd.
217 - 1049 - 1051 - 1937.

CAIN (A), HILLENAND (P), MEZARD (J) - La lymphangite lympho-
sarcomateuse généralisée. Arch. Mal. app. Dig. 1934;
24. 337 - 353.

CALAME (A), - Le sarcome gastrique. Observation de deux cas.
Schweiz. Med. Wschr. 18 Mai 1956. Suppl. au n° 20
545 - 547.

CAMERON (A.L.); BESLICH (P.J.) - Primary sarcome of the sto-
mach. Surgery. 1941. 9. 916 - 930.

CARDON (L.) and GNBAUM - Lymphosarcoma of the stomach. Am.J.
of Dig. Diseases 12. 339-344. Oct. 1945.

CASAL (M.A.) - Lymphosarcome de l'estomac. Prensa Med. Argen-
tina. 27 Fév. 1953 - 40. n° 9. 538 - 530.

CASH (I), RAPPOPORT (A.E.) - Sarcome à cellules réticulaires
de l'estomac. Gastroentérology. Janv. 1946. 6.I. 40 - 49.

CAUCCI - Réticulo-histiocytosarcome gastrique. Minerva Chir.
1950 N° 7. 217 - 220.

- CECCONI - PIERRAZZINI - Contribution à l'étude du réticulo-sarcome de l'estomac. Tumori Milano. Mai-Juin 1952 38 3 - 134.
- CHAPELLART (P), CHRISTOL (D), CHAUDIRON et BANZET (P) - Un cas de lymphosarcome de l'estomac. arc. Mal. App. Dig. et Nut. 47. n° II. Nov. 1958 pp. 1241 - 1246.
- CHONT (L.K.) - Primary sarcoma of the stomach. Radiology 34. n° 6. 1940.
- COLANGELO - Primary lymphosarcome of the stomach. Am. J. of Roent. 72. 34. 1954.
- COLLINS (E.N.) and CARMODY (M.G.) - Lymphosarcoma of the Am. J. Dig. Dis. 3. 884-888. 1937.
- CONTE (M), GUERET (A), HEWITT (J) - A propos d'un cas de lymphoréticulosarcome de l'estomac. Arch. Mal. App. Dig. et Nut. Juin 1951. 40. 6. 669-674.
- CORNIL (J.M.) - Contribution à l'étude du problème nosologique des réticulopathies gastriques. Thèse Médecine. Marseilles 1953.
- COUNSELLER (V.S.), HAUGH (J.M.), CLAGETT (O.T.) - Rapport sur la chirurgie de l'estomac et du duodénum. Proc. Staff. Meet. Mayo Clinic 9.I.46 - 27.I7.24.
- COURET (J.S.) - Extramedullary plasma cell tumors of the stomach. A case report. Am. J. Clin. Path. 16. 213 -218 1946.

CRAVER (L.F.) - Irradiation in the lymphomatoid Diseases. Bull. N.Y. Acad. Med. 15 - 442 - 1939.

CRILE (G.), HAZARD (J.B.), ALLEN (K.I.) - Primary lymphosarcoma of the stomach Ann. of Surg. 135. 39. 1952.

CROUSSE (R), de Wittes - Sarcomes primitifs de l'estomac. Acta Gastro-Ent. Bel. II. 23. 34. 1948.

CULVER (G), BEAN (B), and BERENS (D) - Gastric lymphoma - Radiology 65 - n° 4 - Août 1955.

DAGNELIE - Classification des tumeurs non épithéliales de l'estomac. Acta. Gastro-Ent. Bel. II. 515 - 524. 1948.

DARMAILLACQ; FERRAND, ESTEVE - Lymphosarcome de l'estomac. Arch. Mal. App. Dig. et Nut. Sept-Oct. 1951. 40. n° 9-10. 1100.

DEEB (PH.); STILSON (W.I.) - Images radiologiques des lymphosarcomes de l'estomac. Radiology. Avr. 1952 58. 4. 529 -535.

DEEB (PH.) and STILSON (W.I.) - Manifestations radiologiques des lymphosarcomes de l'estomac et de l'intestion grêle. Arch. of Surgery. Août 1935. 71. n° 2. 288-298.

DEGOS (R), LORTAT-JACOB (B) - Réticulose maligne cutanée et gastrique. Stade préalable de réticulose hyperplasique simple pendant 30 ans. Bulletin Soc. Française Dermato; Janv-Mars 1957 n° 1 - 9 - 11.

DELANNOY et LAGACHE - Réticulo sarcome de l'estomac. Gastrectomie Guérison de 4 ans. Arch. Mal. App. Dig. et Nut. Mai 1952. 41. 5. 545 - 551.

DELARUE (J), KERNEIS (J.P.) - Soc. Anat. PARIS 7.2.1947.

DIAZ (R) - Le Réticulo-sarcome primitif de l'estomac.

Thèse ALGER. 14. 12. 1954. n° 61. 80 Pages.

DIXON (Cl.F), SHONYO (E.S.) - Le diagnostic différentiel du sarcome de l'estomac. Relation de 4 cas. Surgery clin. North. America. Août 1949. 29. n° 4. II09 - III3.

DORAN (W), and DORAN (H.T) - Lymphosarcoma of the stomach. with perforation. Am. j. of Surgery. 61. 136 - 137. 1943.

DRANE (R) - A brief considération of sarcoma of the stomach; Am. J.of Roentgen. 34. 755 - 758. Déc. 1935.

DUBOST (Ch). - Réticulose histio-monocytaire tumorale à localisation gastrique. Presse Méd. Juin 1948 n° 37. p.456.

DUMONT (G.A.) - Un cas de lymphosarcome perforé. Lyon Méd. 163. 769 - 776. 1939

DUPUY (R), GOLDEFY (J.H.), MALEYRIE (R) - Lympho-réticulo-sarcome de l'estomac. Arch. Mal. App. Dig. et Nut. 40. 1951. P. 447.

DURHAM (R.B.) and ADCOCK (D.F.) - Lymphosarcoma of the stomach.

Rec. Columbia. Med. Soc. Richland. Country. 12. 13-15
1948.

EDLING (L) - Contribution to the pathology and clinicas picture of reticulum cell sarcoma. Radiology. 30. 19-34.
1938.

ELLIOTT (G), WILSON (H.) - Les tumeurs mésenchymateuses de l'estomac. Arch. of Int. Med. Chicago. Mars 52. 358-367.

ERNST (K.F.) BEELER (T.T.), SMITH (L.A.) - cytologie and radiologic observations in lymphosarcoma of the stomach.
California Med. 74. 274-276. Avril 1951.

FARMER (C.E.) and HERTZOG (A.J.) - les lymphosarcome primitifs de l'estomac. Relation de 7 cas. Am. J. of. Surg. Oct 1957. 94. n° 4. 551 - 557.

FEO (G de) - Un cas de lymphadénome aleucémique avec infiltration néoplasiforme de l'estomac. Hæmatologia - 1954 38. n° 6. 873-890.

FICAT, LAPEYRERE, TAYAVC - Lymphosarcome gastrique primitif.
Toulouse Médical. 49. 552 - 560. 1948

FLANDIN, MOCQUOT, ESCALIER, ALBOT, BOUSSER - Sarcome lymphoblastique de l'estomac. Ann. d'anatomie Pathologique et d'Anato-Normale Médico-Chir. n° 7 Juillet 1933.

- FLORI (D), Mme MAURY (P), - Sur un cas de réticulo-sarcome de l'estomac. J. Rad. et Elect. 1939. 36. n° 5. 355-357
- FONTAINE (R), WARTER (P), APPRILL (G). - Deux sarcomes de l'estomac. J. Rad. et Elec. 1949. 30. n° 3-4. 214-215.
- FORSSMANN (G) - Veber die Roentgen diagnostik und Strahlenbehandlung von Magensarkomen; insbesondere lymphosarkomen und reticulum-zellen sarlomen. Acta Radiol. 24. 343-373. 1943.
- FRANCESCO UMBERTO - Réticulo-sarcome primitif de l'estomac. Tumori Milano. Mars-Avril 1952. 38. n° 2 77.
- FRANK - La symptomatologie radiologique du réticulo-sarcome de l'estomac. FORTschr. Geb. rontgenstr. Aout 1955. 83. n° 2 200 - 204 (Résumé français).
- FRUHLING et MOUTIER - La transformation sarcomateuse de l'ulcère gastrique. Arch. Mal. app. dig. et Nut. 42. n° 10 1953. pp. 1076 - 1091.
- FURIO CARDILLO - Sul sarcoma dello stomaco. La Radiologia Med. 24. n° 9. 1937.
- GABRIELLI (S) - Peculiarita cliniche di un case di sarcoma gastrico primitov. Minerva Med. 2. 333-338. 1940.
- GALL (E.A.) and MALLORY (T.B.) - Malignant lymphoma : clinico pathologic survey of 618 cases. Am. J. of. Path. Mai 1942 381 - 429.

GALLY (L) et BRUNET (R). Cancer de l'estomac et de l'Intestin.
in. pp. 2242 - 2247 in nouveau traité d'Electro-Radio-
thérapie de L. DELHERM (Masson Ed.

GIERE (C.N.) - Lymphosarcoma diagnosed gastroscopically. J.A.
M.A. II7. I73 - I75. I94I.

GOLEB (M) - Lymphosarcoma of the stomach. Rev. Gastroentér.
4. 228 - 229. I939.

GORDET et Mme GORDET - Lymphoblastome gastrique. Confronta-
tion Radio-Anatomo-Clinique. I95I. n° 4. 2I-22.
DOIN & MASSON ed.

GOSSET, GUTHANN (R.A.), BERTRAND (I) - Lymphoblastose diffuse
maligne de l'estomac. Soc. Med. Hop. Paris 22 Oct. I937.

GOVAERTS (J), RAHIER (Ch) - Sur un cas de sarcome gastrique.
Acta. Gastro. ent. Bel. I948. II. 525-528. (Bibliogra-
phie).

GRASSER (C.H.) - Etude radiologique sur deux réticulo-endothé-
liosarcomes de l'estomac. Radiol. Clin. Juil I953 22.4.
265 - 277.

GREATHEAD (E) - Leiomyosarcome de l'estomac. Relation d'un
cas. Brit. Med. J. 20.8.49. n° 4624. 422-423.

GRENET (M) - Gastrectomie totale pour un sarcome lymphoblas-
tique de l'estomac. Arch. Mal. App. Dig. et Nut 38. n°7

8 Juillet - Août 19'9 pp. 817-818.

GUISS. (L.W.) - End results for gastric cancery. 2.391 cases.
S.G.O. International Zbstract of Surgery. 1951. 93.
pp. 313 - 331.

GUTMANN (R.A.), BERTRAND (I), PERISTIANY (T.J.) - Les cancers
conjonctifs in "Le cancer de l'estomac au début".
G. DOIN & Cie Ed. Paris 1939. pp. 464-476.

HARVIER (P), LAMOTTE (M), LAVERGNE (H) - Réticulo-lympho-
blastosarcome de l'estomac. Paris Méd. 20 Oct. 1942
n° 42. 317-320.

HECTOR (A) - Les tumeurs lymphatiques primitives et locali-
sées du tube digestif sous diaphragmatique. Thèse Méd.
Pars - 1939 Jouve Ed.

HEFFEZ (A) - Un cas de lymphosarcome de l'estomac. Caz. des
Hôp. dec 1947. 120. n° 52. pp. 750 - 751.

HILLEMAND (P) - "Les maladies de l'estomac, de l'oesophage
et du duodénum" pp. 603 à 607 b. Ed. Ed. Méd. Flamma-
rian 1950. Mises à jour 1954 et 1956.

HOCHMAN (A) - Sarcoma of the stomach. Lancet I. 362-363. 1940.

HODES (J.J.) - Réticulo-sarcome de l'estomac. Cancer Seminar.
Colorado Springs. Août 1953. I. 4. 98. 100.

HOWARD (C) and SPEER (F.D.) - Lymphosarcoma of the stomach. N.Y.
M. Cool. Flower Hosp Bull. I - 151 - 154. 1938.

HUBENY (M.J.), DELANOO (P.J.) - Réticulo-sarcome de l'estomac.
Radiology 1940. 34. pp. 366 - 368.

HUET (J.P.) - Etude radiologique du Lymphosarcome de l'esto-
mac Thèse Paris. 26 Mars 1947. n° 169. 68 pages.

HUNZIKER (A) - Les fréquences des tumeurs malignes de l'esto-
mac dans le matériel autopsique de 1902 à 1952 de l'Ins-
titut Pathologique Universitaire De Zürich. Schweiz Med.
WsChr. 15 Octobre 1955. 85. N° 42. 1021 - 1027.

JENKINSON (E.I.), EPPERSON (K.D.), PFISTERER (X.H.) - Primary
lymphosarcoma of the stomach. Am. J. of Roentgen. 72. 34.
1954.

JOHNSON (T.A.), LEE (W.E.), HWONG. (M.S.), CASE (E.A.) - Lym-
phosarcoma of the stomach. INTERNAT. CLIN. I. 261 - 265.
1939.

JONES (T.E.), CARMODY (M.G.) - Lymphosarcoma of the stomach.
Report of a case with 19 years surgical cure. Ann. SURG
101. 1136. 1935.

JORDAN (G.L.), HEARD (J.G.) and WALDRON (G.W.) - Les sarcomes
de l'estomac. Surg. Gyn. Obst. Avr. 1955. 100. n° 4.
pp. 453 - 457.

KADRINKA (S) et SIERRA (A) - Le sarcome primitif de l'estomac. Diagnostic clinique et radiologique. Arch. Mal. App. Dig. et Nut. T. 23. n° 1. Janvier 1933.

KLAYMAN (M.I.), KIRSNER (J.B.) and PALMER (W.L.) - Gastric malignant lymphoma : increasing accuracy in diagnosis. Gastroenterology Vol. 24. n° 4. Oct. 1955.

KOLAT (J), KACL (J) - Le diagnostic des lymphomes malins du tube digestif. Med. Klin. 24 Janv. 1958. 53. n° 4 pp. 140 - 144.

KOUCKY (J.D.), BECK (W.C.), ATLAS (S) - Acute perforation of lymphosarcomatous ulcer of the stomach. Ann. of Surg. 114. 1. 112 - 116. 1941.

KRATZIG (W) - Réticulo-sarcome de l'estomac : compte rendu d'un cas. Zbl. Chir. 1953. 78. n° 40. 1711 - 1715.

KREITNER (H) - Primäres lymphosarkom des Magens und seine Beziehung zum Ulcus - Krebsartz. 3. 423 - 440. 1948.

KRUMBHARR (E.B.) - Lymphomatoid diseases (so called lymphoblastomas). J.A.M.A. 106. 286. 1936.

KUSHMAN (S.D.) - Lymphosarcome primaire de l'estomac avec survie de 5 ans après l'opération. Caractéristiques cliniques, radiologiques et gastroscopiques. Gastroenterology. Sept 1950. 16. n° 1. 250 - 258.

- LAME (E.I.), VELAT (C.A.) and CUSTER (R.P.) - On the diagnosis of malignant lymphoma of the gastro-intestinal tract. Ann. Int. Med. Janv. 1954. 40. n° 1. 57-74. 8 Fig. et Bibliographie.
- LAUBE (P.J.) - Un cas de leiomyosarcome de l'estomac. Am. J. of Surg. Août 1950. 80. n° 8. 249 - 252.
- LAWS (J.W.) - Fistule gastro-pleurale. Revue de la littérature et observation d'un cas secondaire à un réticulosarcome de l'estomac. Gastroenterology. Juillet 1952. 21. 3. pp. 331. - 336.
- LAZAEUS (E.E.) - Lymphosarcoma of the stomach ; autopsy report Bull. New-York. M. Coll. 9. 75. 1946
- LEROUX (R) et KERNEIS (J.P.) - A propos des tumeurs réticulaires de l'estomac. Semaine des Hôpitaux. 2 Oct. 1949. 25. 73.
- LEVRAT (M), BRET (P), RICHARD du MONTELLIER (M) - Localisation gastrique d'un lymphome aleucémique. Arch. Mal. App. Dig. et Nut. 46. n° 9. Sept 1957. pp. 874 - 879.
- LINOLI (O) - Le réticulo-sarcome de l'estomac. Arch. It. di Anat. e Histol. pathol. 1949. 22. pp. 65 - 97.
- LOCHARD (J), RAUBER (G), CRAUS (B) - A propos de S.G.O. 1955. 100. 4. 453 - 457.

LOCKWOOD (I.H.) - LE lymphosarcome gastro-intestinal. J.A.M.
A. 4 Oct. 1952. ISO n° 5. 435 - 437.

LORIMIER (A. de), MOEHRING (H.G.), and HANNAN (J.R.) - Clinical roentenology Vol. 4. pp. I62 et I64. Charles THOMAS publisher Springfield. Illinois U.S.A.

MACCHI (E) - Gastro-entérique lymphosarcomatosis with initial syndrom of gastric ulcer case. Chirurgia. Août 1946.
7. I45 - I58.

MACKENZIE (J), ROBERTSON (R.F.) - Rzticulum-cell. Sarcoma of the gastro-intestinal tract. Gastroenterology. 26.
70. 1954.

Mac PHEE (J.G.) - Four cases of gastric sarcoma. Bull Vancouver Med. Assoc. 20. 318 - 321. 1944.

Mac SWAIN (B), BZAL - Lymphosarcoma of gastro-intestinal tract. Report of 20 vases, ANN. of Surg. II9. I08-I23
1944.

MADDING (G.F. and WALTERS (W) - Lymphosarcome de l'estomac. Arch. of Surg. Janv. 1940. 40. I. I20-I34.

MALENCHINI (M) et ROCA (J) - Sarcoma gastrico. Prensa Med. Argent 33. 751-753. 1946.

- MARQUES (P) et BRU (A) - A propos du diagnostic des lymphosarcomes primitifs de l'estomac. Arch. Mal. App. Dig. et Nut. 44 n° 3 Mars 1955. PP. 385 - 392.
- MARSHALL (S.F.) and ARONOFF (B.L.) - Tumors of the stomach. J. Clin North America 24. 607-617. 1944.
- MARSHALL (S.F.) et BROWN (L.) - Les tumeurs lymphoïdes malignes primitives de l'estomac. Surg. Clin. North America Juin 1950. 30. 3. pp. 885-892.
- MARSHALL (S.F.) et FEISSNER (W.A.) - Le sarcome de l'estomac. Ann. of Surg. Juin 1950. 131. 6. 824-837.
- MARTIN (W.C.) - Lymphoblastoma of gastro-intestinal tract. AM. J. of Roentgen 36. 881-891. Dec. 1936.
- MARTIN (L.) - PEREIRA-TORRES (R.A.) et LAZZAR (A) - Lymphosarcomatose gastrique. Prensa Med. Argent. Mars 1945. 32 n° II. 474.
- MIDDLETON (W.S.) and LESTER (W.P.) - Sarcoma of the stomach. Radiologi 28. n° 4. 1937.
- MIGLIACCIO (A.V.) et PAHICIAN (V.M.) - Le lymphome malin du tube digestif. Rhode Island Med. j. Janv. 1951. 34-26. in "int. Surg. Dig." Mai 1951. n° 5 283-284.
- MILIANI (R) - Contribution à l'étude radiologique du lymphosarcome de l'estomac. Radiologica Médica. Mai 1938.

25. 5. pp. 421. - 435.

MINICONI (P) et IMBERT (C) - Réticulo-sarcome primitif de l'estomac, angiome du foie et lithiase biliaire. Algérie Médicale Oct. 1954. 58. n° 10. 743-746.

MINICONI (P) FERRAND, et Mme MUSSINI-MONTPELLIER - Un nouveau cas de Réticulo-sarcome de l'estomac. Algérie Médicale. Oct. 1954 58. n° 10. 761 - 762.

MINICONI (P), IMBERT (Ch) et Mme MUSSINI-MONTPELLIER - A propos de deux observations de réticulo-sarcome primitif des l'estomac. Arch. Mal. App. Dig. et Nutr. Dec 1954. 43. n° 12. 1188 - 1191.

MINICONI (P), IMBERT (Ch.) et Mme MUSSINI-Montpellier et LAQUIERE (M.A.) - Le Réticulo-sarcome primitif de l'estomac : à propos de deux observations personnelles. Semaine des Hôp. Nos 47-47. 2 - 6 Août 1955.

MONGES (H), MONGES (A), PAYAN (H) et CARCASSONNE (Y) - Réticulo-lymphoblastose ulcéroforme de l'estomac. Arch. Mal. App. Dig. et Nutr. 1952. 41. 12. pp. 1220-1223.

MONGES (H), GASTAUT (H), PAYAN (H) et CARCASSONNE (Y) - Sur un cas de néoformation gastrique à point de départ réticulo-histiocytaire. Arch. Mal. App. Dig. et Nutr. Mai 1953. 42. 5. 712-714.

MONGES (H), PAYAN (H) et CARCASSONNE (Y) - Place nosologique des réticulopathies gastriques. R.M.F. Nov. 1955 pp. 615 - 619.

MONSAIGEON (A) et LAUMONNIER (R) - Trois cas de localisation gastrique primitive de réticulose malignes. Arch. Mal. App. Dig. et Nutr. 40. 1951. pp. 1333 - 1340.

MORETON (R.D.) - Lymphosarcoma with primary manifestations in the gastro-intestinal tract. Report oof seven cases studied roentgenologically. Texas State J. Med. 41. 458 - 464. Janv. 1946.

MORICHAU-BEAUCHANT (J) - Notes sur les signes radiologiques du lymphosarcome gastrique. Arch. Mal. App. Dig. et Nutr. Janv. 1949. 38. I - 2 pp. 116 - 124.

MOUTIER (F) - Traiyé de gastroscopie et de pathologie endoscopique de l'estomac. Paris 1935. Masson Ed. pp. 347.

MULHARDT (G) - A propos d'une tumeur inhabiteulle du cardia ; le réticulo-sarcome. BRUN'S Beitr. Klin. Chir. 1955. 190. n° 3 - 355-356.

MULLER (B) et RAOUL - DUVAL (P) - Un cas de sarcome lymphoblastique de l'estomac. Arch. Mal. App. Dig. et Nutr. Juil-Août 1951. 40. 7-8. 946-948.

NADAL (J. de), BONNIN (C) - Fistule gastro-colique due à un réticulo-sarcome de l'estomac. Case Med. Clin. Barcelona 1946. 6. 312 - 315.

NATHANSON (I.T). and WELCH (C.E.) - Life expectancy and incidence of malignant disease - Malignant lymphoma, fibrosarcoma, etc. Am. J. Cancer 31. 598 1937.

NAUMANN (W) - Le radio-diagnostic du sarcome gastrique. Fortschritte auf dem Gebiete der Roentgen Praxis réunis. Juillet 1951. 75. I. pp. 72-78.

NICOLOSI (G) - Tumeurs rares de l'estomac. Gazetta It. di Med. e Chir. Oct. 1949 53. 233 - 242.

O'DONOGUE (B) and JACOBS (M.B.) - Lymphosarcoma of the stomach. Report of a case with some clinico-pathological notations Am. J. of Surg. 1942. 58. pp. 246 - 253.

O'DONOGUE (J.B.) and JACOB (M.B.) - Primary lymphosarcoma of the stomach. Statistical survey on case report of five years case. Am. J. of Surg. Aout 1947. 74. 2. pp. 174 - 179.

PACK (G.T.) and Mc NEER (G) - Sarcoma of the stomach. Report of 9 cases. Ann. Surg. 101. 1206 - 1935

PALMER (G.T.) - les sarcomes de l'estomac : une étude accompagnée de références sur la pathologie générale et les

signes endoscopiques. Am. J. of Dig. Diseases Juin 1950.
17. 6. pp. 186-195.

PALMER (E.D.) - Course and prognosis of sarcoma of the stomach : 21 cases. Gastroenterology. T. 33. n° 3. Sept. 1957. pp. 389 - 394.

PALUMBO (L.T.), CROSS (K.R.); EMERY (F.B.) and ADDISON (C) - Lymphome malin de l'estomac. Relations de cas. Am. J. of Surg. Sept. 1949. 78. n° 3. pp. 395 - 397.

PAUL (W.D.) and PARKIN (G) - Lymphosarcoma of the stomach. A gastroscopique report. Gastroenterology. Sept 1944. 3. 214 - 217.

PAUL (W.D.) and HENDRICKS (A.B.) - Involvement of the stomach in malignant lymphoma. Gastroenterology. 1948. II. 854 - 860.

PERKEL (I.L.) and MACCHIA (B.J.) - Réticulo-sarcome de l'estomac chez une jeune femme. Gastroenterology. Juillet 1950. 15. 3. pp. 525- 529.

PHILLIPS (J.R.) - Le sarcome de l'estomac chez les jeunes observation de deux cas. Proc. Staff. Meet. Mayo-Clun. 14. 33 - 37. 1939.

PHILLIPS (J.R.), LILGORE (F.H.) - Lymphosarcoma of the stomach. Am. J. of Surg 31. 179 - 180. 1936.

PIACENTINI - Le sarcome du tube digestif. Arch. It. Chir.

1951. 74. pp. I - 57.

PLUENTE DUANY (N), GOMEZ GAMEJO (M), SARDINAS (E), GONZALES
PENA (F) Relato da una observacion dela dliipsarcomato
de l'estomago. Bulet. de la liga contra el Cancer.

POER (D.H.) - Lymphosarcoma of the gastro-intestinal tract.
Surgery 23. 354-362. 1948.

PONTIUS (G.V.) et WITROWSKY (L.J.) - Le lymphosarcome de
l'estomac Surg. Clin. North America. Fev. 1952. 32.
n° I. 123 - 233.

PORCHER et BOURDON - Encyclopédie Médico chirurgicale. Radio-
diagnostic. Tome IV. Fasc. 33. 120 A. 10. pp. 14-15.
Ed. 1954.

PORRITT (A.E.), HUGUES (K.E.A.) and CAMPBELL (R.J.C.) - Sar-
coma of the stomach. Brit. J. of Surg. 31. 395-398.
1944.

PUND (E.R.) and STELLING (F.H.) - Lymphosarcoma : report of
three cases apparently cured. Am. J. of. Surg 52. 50-
54. 1941.

PUTS (H.H.) - Sarcoma of the stomach. Bull. Vancouver M.A.
20. 318 - 321. 1944.

RABINOVITCH (J), GRAYZEL (D), SWYER (A.J.), PINES (B) -

Le sarcome de l'estomac. Am. J. of Surg. Nov. 1950. 80. 5
pp. 550 - 555.

RIBINOVITCH (J), PINES (B), GRAYZEL (D) - Lymphosarcome coexistant avec un ulcéro-cancer de l'estomac. Arch. Surg.
Fév. 1952. 64. n° 2. 185-191.

RAFSKY (H.A.), KATZ (H), KRIEGER (C.I.) - Varied clinical manifestations of lymphosarcoma of the stomach. Gastroenterology. 3. 297. 1944.

RAÜBER (G) - recherches anatomo-cliniques sur les tumeurs réticulo-histiocytaires de l'estomac. Thèse Médecine.
Nancy 1950-1951.

RABER, GROSDIDIER, BRAYE - Réticulo-sarcomes gastriques : à propos de huit observations. Semaine des Hôpitaux.
n° 8. Août 1956. (Ann. de Chirurgie).

REDI (Fr) - Contribution à l'étude clinique et anatomo-pathologique du sarcome de l'estomac. Minerva Medica. 1947.
38. 10. pp. 261 - 268.

REISSIGI (H) et SCHIRMER (H) - Lymphosarcome de l'estomac chez une fillette de douze ans. Brun's Beitr. Klin. Chir.
Mars 1955. 190. n° 2. 129 - 133. (Résumé Français).

REZEK (Ph. R.) - A propos de l'apparition répétée de sarcomes de l'estomac. Wien. Klin. Wschr. 3Sept. 1954. 66. n° 35 -
36 612 - 616.

- RENSHAW (J.F.) - Lymphoblastoma of the stomach. Report of a case with special reference to gastroscopie apparence. J.A.M.A. 107 426 - 428. Août 1936
- RENSHAW (R.J.F.) and SPENCER (F.M.) - Gastroscoy and lymphoma of the stomach. Gastroenterology. 9. I - 5 1947
- RITTER (S.A.) - A case of primary lymphosarcoma occupyring two thirds of the lumen of the stomach. Am. J. of Surg. 47. 131 - 134 1940.
- ROFFO (A.H.) et GANDOLFO (A) - Sarcoma fuso-cellular del estomago. Bul. de l. Instit. de Med. Experiment. 44 1937.
- RGGERS (T.J.C.) - Lymphosarcome des voies gastro-intestinales. Arch. of Surg. Juin 1954. n° 68. 6. 886 - 893.
- ROSS (D.E.) è Sarcoma of the stomach. Am. J. of Surg 49. 503 - 507. Sept 1940.
- RUBIN (C.E.) and MASSEY (B.W) - The pre-opérative diagnosis of gastric and duodenal malignant lymphoma by exfoliative cytology. Cancer. 7. 271. 1954.
- RUGGLES (H.E.) and STONE (R.S.) - Lymphoblastoma involving the stomach roentgenologically considered. California and West Med. 33. 486-499 Juil. 1930
- SCALFATI (P) - Les tumeurs sarcomateuses de l'estomac. Riv. Gast. ent. PARMA. 1951. 3. pp. 95 - 112.

- SCALFATI (P) - Les lympho et réticulo-sarcomes de l'estomac et de l'intestin. Policlinico. (Sez. Chir.) Sept-Oct. 1954. 6I. n° 5. 273 - 294.
- SCHROEDER (G.F.) and SCHALTENBERG (H.S.) - Sarcoma of the stomach. a clinical and pathologica study. Arch. of Surg. 47. 8. 19. 1943.
- SENEQUE (J) et LE CANUET - Lymphocytome malin de l'estomac. Confrontation Radio-Anatomo-Clin. 1951. n° 4. Doin et Masson Ed.
- SHEPHERD (J.A. - Perforation d'un leio-myo¹sarcome de l'estomac. Brit. J. of Surg. 1950. 37. 148. 479-481.
- SHINDLER (R), BLOMQUIST (O.A.), THOMPSON (H), PETTIER (A.M.) - leio-myo-sarcome de l'estomac : son diagnostic radiologique et gastroscopique, et ses rapport possible avec l'anémie pernicieuse. Surg. Gyn. Obst. Mars 1946. 82. n° 3. 239 - 252.
- SINGLETON (A.D.) and MOORE (R.N.) - Lymphosarcoma of the gastro-intestinal tract. Texas Rep. Biol. and Med. 7. 33 - 46. 1949.
- SNODDY (W) - Le lymphosarcome primitif de l'estomac. Gastro-enterolog Avr. 1952. 20. 4. pp. 537 - 553.
- SOMMO (I) et MASENTI (E) - Le réticulo-sarcome de l'estomac. Minverva Chir. 15 Oct. 1953. 8. n° 19 pp. 746 - 752.

SPELIBERG (M.A.) and ZIVIN (S) - Lymphosarcoma of the gastro-intestinal tract. Arch. Int. Med. 182. n° 2
Fév. 1949.

SPENCER (S.D.), OLIN (H.A.) and KIRSHBAUM (J.D.) - Lymphosarcoma of the stomach. : Clinical and Roentgenological aspects. Am. J. of Surg. 36. 476 - 486. 1937.

SPERLING (L) - Malignant lymphoma of the gastro-intestinal tract. A.M.A. Arch Surg. Fev. 1954. 68. n° 2.
179 - 190.

STOUT (A.P.) -

J.A.M.A. T. 118. pp. 968 - 970. 1942.

SUGARBAKER and CRAVER - Lymphosarcoma. A study of 196 cases with biopsy. JOUR. Am. Association 115. Juil. 1940.
pp. 17 - 23 et 112 - 117.

TAYLOR (E.S.) - Primary lymphosarcoma of the stomach. Ann. of Surg. 110. 1939. 200 - 221.

THALY (H) - et PAOLAGGI (J) - Sur un cas de lymphosarcome gastrique et un cas de sarcomatose avec localisation gastrique prédominante. Revue Méd. Franç. T. 39. n° 10
Nov 1953. 687 - 692.

THOMPSON (H.L.) et OYSTER (J.M.) - Néoplasme de l'estomac autres que le carcinome. Gastroenterology. Mai 1950
15. 1. 185 - 243.

TURCOT (J) - Le sarcome de l'estomac. Can. Med. Ass. J. Mars 1952. 66. 3. pp. 252 - 255.

UMPIERRE (T.V.) - Linfo(sarcoma de Estomago. Arch. de la Soc. Estud. Clin. de la Habana. 33. 217 - 222. 1939.

VENABLE (D.A.) - Primary lymphosarcoma. Texas State J. Med 33. 327 - 331. 1937.

de VERNEJOUL et JEAN - Les réticulopathies gastriques. Jour. de Chir. 1955. 71. n° 12. 935 - 950.

WALTHER (O) - Contribution à la clinique et au diagnostic du lymphosarcome à cellules rondes de l'estomac. Radiologia clin. Juillet 1951. 20. n° 4. 259 - 268.

WALTERS (W.N.) and BERKSON (J) - An improvement of 180 % in five years survival rate of patients, with carcinoma of the stomach. Ann. Of Surg. 1953. 137. 884-890.

WANG (C.C.) PETERSEN (J.A.) - Le lymphome malin du tube digestif. Considérations radiographiques. Acta Radiol. Sept 1956. 46. n° 3. 523 - 532. (Résumé français).

WARREN (J) LIELENSKI (C.R.) - Primary, solitary lymphoid tumors of gastro-intestinal tract. Ann. of Surg. 115. I. 1942.

WATSON (K.) - Le leiomyosarcome de l'estomac. Brit. J. of Surg. Juil. 1949. 37. 145. 21 - 25.

WEBER (H.M.) KIRBLIN (B.R.), PUGH (D.G.) - Lymphoblastoma primary in the intestinal tract. AM. J. Roentgenology 48. 27 - 37. Juil. 1952.

WEISS (F.H.) et KRAUSS (H) - Lymphosarcome de l'estomac présentant aux rayons X l'image d'ulcères multiples. Zbl. Chir. 18 Oct. 1941. 68. n° 42. 1963 - 1966.

WINTER (C.C.) - A case of spindle-cell sarcoma of the stomach. Bull. Linn. County. Med. Soc. 16. 19-23. 1947.

WOIMANT -(B) - Les sarcomes primitifs de l'estomac. Thèse Med. Paris 1951. 658. S. I. 1951 in 4° dat. 53 Pages.

WOIMANT (B) - Les sarcomes de l'estomac. Encyclopédie Med. Chir. (T. Estomac. Intestin) 9027 c. 3ème fiche) 17re édition 4. 1951 C.

YARNIS (H) - Lymphosarcoma of the stomach. J. Mt. Sinai Hosp. 8. 305 - 307 1941.

YARNIS (H) and COLP (R) - /Lymphosarcoma of the stomach. Gastro-enterology I. 1022 1943.

ZAPH (S.D.) OLIN (H.A.) and KIRSHBAUM (J.D.) - Lymphosarcoma of the stomach : clinical and Roentgenological aspects. Am. J. of Surgery. 36. 476 - 486 1937.

P.S. On trouvera à la fin de l'article de S. KADRKA et A.

SIERRO une importante bibliographie concernant les publications consacrées aux sarcomes de l'estomac entre les années 1930 et 1933.

